2e Année. — N° 10. 1 franc le Numéro. 1er Mai 1881.

REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

Paraissant le 1er de chaque mois

Fondée et publiée par le Dr E.-J. MOURE

ABONNEMENTS :
France . . . . 10f par an.
Étranger . . . . 12 »

BUREAUX :
Rédaction : 28, cours de l'Intendance.
Administon : 16, rue Cabirol, Bordeaux.

Toute demande d'abonnement devra être accompagnée d'un mandat-poste.

Les ouvrages remis en double seront annoncés ou analysés.
Pour tout ce qui concerne la Rédaction,
S'adresser à M le Docteur E.-J. MOURE, 28, cours de l'Intendance, à Bordeaux;
pour les Annonces et les Abonnements, à M. l'Administrateur, 16, rue Cabirol.

Ce numéro contient 32 pages.

2e Année. — N° 10. 1er Mai 1881



REVUE MENSUELLE DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

Otologie

Pathologie et thérapeutique générales de l'oreille.

Diagnostic, par J. Baratoux. — *Suite* (1)

Pendant longtemps, les médecins auristes n'employèrent que le speculum bivalve qui, depuis quelques années, a cédé le pas au speculum plein, surtout en Allemagne et en Angleterre. Cependant le speculum bivalve a l'avantage de dilater la portion fibro-cartilagineuse du conduit et de rendre plus facile l'introduction des instruments.

On leur a reproché d'occasionner de la douleur; cela peut être vrai pour le speculum à courtes branches qui a encore le désavantage d'être maintenu difficilement dans l'oreille, mais pour l'instrument à longues branches, nous ne croyons pas qu'on puisse en dire autant, surtout si on a soin de l'in-

(1) Voir le numéro du 1er avril.

troduire en lui imprimant un mouvement lent et progressif.

Le reproche le mieux fondé serait qu'il mettrait parfois un obstacle assez gênant à l'examen en laissant passer les poils, ce que l'on évitera en touchant ceux-ci avec une tige de coton garnie de glycérine ; il faudra faire exécuter à cette tige quelques mouvements de rotation, de manière à faire adhérer aux parois du conduit une grande partie des poils.

Avec le speculum plein on n'a pas besoin de recourir à l'artifice précédent, mais cet instrument peut aussi avoir quelques inconvénients, entre autres d'occasionner de la douleur si on le pousse jusque dans la portion osseuse, de repousser les parcelles de cerumen accumulées dans le conduit, de façon que souvent elles viennent obstruer l'extrémité auriculaire de l'instrument.

Bonnafont préfère le speculum bivalve à courtes branches, mais Troeltsch, avec le plus grand nombre des médecins auristes, aime mieux le speculum plein.

En résumé, pour l'examen ordinaire, nous prendrons le speculum plein (Sp. Troeltsch), mais pour les pansements et les opérations, nous donnerons le choix au speculum à longue branche (Sp. Miot, avec la modification que nous lui avons fait subir.)

IV

SPECULUM PNEUMATIQUE.

Le speculum pneumatique a été inventé en 1864 par Siègle, de Stuttgard.

Cet appareil se compose d'un petit cylindre métallique qu'on introduit dans le conduit auditif externe et qui s'applique hermétiquement sur les parois de ce dernier, grâce à un revêtement élastique formé par un tube en caoutchouc vulcanisé.

A ce premier cylindre-speculum destiné à redresser la courbure du conduit se trouve adaptée une caisse en forme de tronc de cône, dont l'extrémité externe coupée obliquement est munie d'une glace. On lui a donné cette forme oblique pour empêcher les rayons lumineux de revenir à l'œil de l'observateur.

Sur les parois latérales, il y a un ajustage métallique sur lequel est monté un tube en caoutchouc que l'opérateur tient dans la bouche.

Cet instrument est en cuivre.

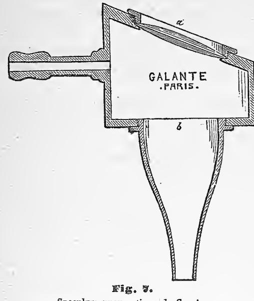


Fig. 7.
Speculum pneumatique de Cousin.

Cousin l'a modifiée de la manière suivante :

La caisse est en caoutchouc durci. Les speculums sont en argent, de forme ovalaire à leur petite extrémité. Leur pavillon est muni d'un pas de vis qui permet de le fixer à la caisse en caoutchouc. La glace est mobile et peut être remplacée par une loupe. (*Fig. 7.*)

M. Miot a fait faire un instrument composé d'une caisse à extrémité externe oblique et à extrémité auriculaire munie d'un pas de vis sur lequel on peut fixer un speculum muni d'une rainure. A l'extrémité libre est une glace que l'on peut faire visser sur l'instrument, ce qui permet de l'employer comme speculum ordinaire ou comme speculum pneumatique.

La caisse est supportée par un manche percé d'un trou dans lequel passe une tige munie d'une autre tige supportant un miroir. On a ainsi un otoscope complet qui peut être transformé en speculum pneumatique.

M. Miot en a fait faire un second dont la caisse, munie d'une glace, peut être assujettie au speculum au moyen d'une articulation.

M. Miot l'a encore modifié. La caisse a la forme d'un escargot. Le manche est remplacé par une plaque et un anneau.

Mode d'emploi du speculum pneumatique. — Lorsqu'à l'état normal, on refoule de l'air dans le conduit auditif externe, la membrane du tympan se porte vers l'intérieur de la caisse. En même temps le manche du marteau se dirige

en dedans et légèrement en arrière, la tête du marteau au contraire se porte en dehors ; la tête de l'enclume suit les mouvements de la tête du marteau, la grande branche se dirige en dedans, exerce une pression sur le sommet de l'étrier dont la platine pénètre dans la fenêtre ovale, ce qui a pour effet de refouler le liquide du labyrinthe et d'occasionner des bourdonnements.

Pour diminuer la pression intra-labyrinthique, il faut aspirer l'air du conduit auditif externe, et par un mécanisme contraire au précédent l'étrier tend à sortir de la fenêtre ovale, d'où diminution de la pression labyrinthique.

Cette manœuvre est utile à employer dans certains cas pathologiques, tels que la rétraction et la mobilité anormale du tympan.

C'est le speculum pneumatique qui indique s'il y a adhérence ou accolement de la membrane à la paroi interne de la caisse, car dans ce dernier cas, le tympan peut se mouvoir, tandis que s'il adhère aux parties internes, tout mouvement d'ensemble est impossible.

Cet instrument est encore utile dans un grand nombre de circonstances ; ainsi, pour diagnostiquer certaines ankyloses de la chaîne des osselets, pour révéler quelques perforations de la membrane du tympan qui passeraient inaperçues, si on n'avait recours au speculum pneumatique etc., etc.

L'emploi de cet instrument doit être fait avec mesure ; il faut aspirer faiblement, car sans cela on pourrait occasionner des ecchymoses du tympan et du conduit auditif externe et même désarticuler l'étrier et la fenêtre ronde.

Eclairage.

Au début, on laissait pénétrer directement la lumière du soleil ou du jour à travers le spéculum dans l'oreille du malade placé près d'une fenêtre. C'est ce que faisait *Wide*. Mais la lumière solaire directe est trop vive et trop éblouissante pour pouvoir servir à éclairer directement les objets sur lesquels il s'agit de distinguer les formes et les couleurs délicates et variées. Les rayons directs du soleil éclairent moins bien que les rayons réfléchis de la lumière diffuse.

Pour faire pénétrer la lumière diffuse dans le conduit, il faut que le malade soit rapproché d'une fenêtre claire et dé-

couverte, ce qui n'est pas toujours possible. Le médecin est alors obligé de se mettre entre le jour et le malade; il produit donc de l'ombre avec sa tête. Mais dans nos pays nous n'avons pas toujours cette lumière blanche à notre disposition; aussi, depuis longtemps a-t-on cherché à remédier à ces inconvénients.

Fabrice d'Aquapendente (1600) eut l'idée de placer une lumière derrière une bouteille remplie d'eau et d'en projeter les rayons concentrés dans l'oreille. Mais c'est *Archibald Cleland*, chirurgien militaire anglais, qui a inventé le premier appareil à éclairage artificiel de l'oreille. Il se composait d'une lentille convexe montée sur un manche; elle avait 0,10 centimètres de diamètre. En face de son centre on plaçait une bougie dont les rayons concentrés par la lentille pouvaient être projetés dans le conduit auditif.

Plus tard, *Bozzini* imagina d'augmenter l'action de la bougie en plaçant derrière elle un miroir concave.

Deleau recommanda ensuite un autre appareil formé de deux miroirs concaves devant lesquels la bougie était placée de manière à ce que le sommet des deux cônes lumineux correspondît au même point.

Buchanan proposa une espèce de lanterne dans laquelle la lumière réfléchie par un miroir concave se trouva dirigée vers un tube métallique muni de deux verres convexes.

Kramer s'est efforcé de modifier cet appareil en employant une lampe d'Argant à laquelle est adaptée une boîte en fer-blanc noircie à l'intérieur. Elle est ouverte en haut pour laisser passer le verre; à un des côtés se trouve un miroir concave qui réfléchit la lumière vers la partie opposée de cette boîte à laquelle est fixée un tube de 0,38 centimètres de long qui porte à chacune de ses extrémités une lentille biconvexe de 0,08 centimètres de diamètre.

Ménière, imitant Bozzini, plaça derrière la bougie une cuiller d'argent pour remplacer le miroir concave du médecin italien. Mais cette modification exige l'intervention d'un aide qui tienne d'une main la bougie, de l'autre, le réflecteur métallique, à moins que la bougie étant placée sur une table l'opérateur ne cherche, par une suite de tâtonnements à mettre l'oreille à examiner à la distance focale convenable.

Triquet, s'est servi d'un instrument composé : d'un support à deux valves qui s'ouvrent et s'écartent par la pres-

sion d'un ressort; d'une bougie allumée placée entre les valves, et d'un petit miroir métallique concave fixé derrière. Le chirurgien approche du conduit son petit appareil jusqu'à ce qu'il donne une image nette et réfléchie dans toute la longueur du conduit. C'est là une simple modification dérivée de celle de Bozzini et de celle de Ménière.

Toynbee a employé la lampe de Segalas, mais il a conseillé de prendre plutôt celle de Miller. La lampe de Segalas exige l'emploi du gaz. Elle se compose de deux tiges de fer verticales dont l'antérieure a environ 0,10 centimètres de haut et est surmontée d'un bec de gaz qui communique avec le tube de gaz par un tube en caoutchouc vulcanisé. Cette tige verticale s'unit au moyen d'une tige horizontale de 0,10 centimètres de long avec une seconde tige verticale d'à peu près 0,075 millimètres de haut, au sommet de laquelle est fixé un réflecteur circulaire d'un diamètre d'environ 0,12 centimètres et percé d'un orifice central à travers lequel regarde le chirurgien. La tringle horizontale porte un genou avec un manche à une pièce mobile qui permet de tenir la lampe dans la bouche et laisse ainsi les deux mains libres.

La lampe de Miller se compose d'une bougie enfermée dans un tube à ressort de 0,15 cent. de long monté sur un pied de 0,06 cent. de diamètre et de 0,02 cent. d'épaisseur pour pouvoir loger le réflecteur quand il ne sert pas. L'instrument se ferme par en haut à l'aide d'un couvercle servant d'éteignoir et qui protège la bougie quand on porte la lampe sur soi.

Fig. 8.
Lampe de Collin.

Garrigou-Désarènes emploie une caisse parabolique au foyer de laquelle est placée une lampe. Une lentille destinée à concentrer les rayons lumineux est fixée à la grosse extrémité de la caisse.

Gellé se sert d'une lampe courte à foyer bas ; elle est

entourée d'un manchon ouvert seulement en avant. De chaque côté du manchon est un trou pour chaque œil ; le médecin, placé derrière la lampe, est ainsi à l'abri de la chaleur et de la lumière.

On peut encore faire usage de la lampe de Collin *(fig. 8)*.

M. Bonnafont emploie une lampe à laquelle est adapté un système de lentilles formant microscope, ce qui permet de voir le tympan dans tous ses détails.

Lampe de Bonnafont. — Le mécanisme de l'instrument, tel qu'il a été construit dans le principe consistait à diriger, au moyen d'un réflecteur, la lumière d'une lampe ordinaire dans l'intérieur d'un tube renfermant un système de lentilles qui formaient microscope; depuis, cet appareil a été modifié par son auteur, et la modification principale a consisté dans la suppression des lentilles formant foyer.

Cet instrument se compose d'un cylindre pouvant s'adapter sur le verre d'une lampe de manière à réfléchir fortement les rayons lumineux et à les diriger dans l'intérieur d'un petit tube soudé sur un des côtés du cylindre.

Ce tube, qui présente une disposition angulaire, est garni d'une lentille bi-convexe à chacune de ses extrémités et contient, en outre, dans son intérieur un petit miroir réflecteur placé au niveau de la partie anguleuse. Ce système de lentilles et de miroir est disposé de telle sorte que la lumière réfractée par la première lentille, puis réfléchie par le miroir et de nouveau condensée par la deuxième lentille, forme en sortant un faisceau très intense qui, dirigé sur le conduit auditif pendant que celui-ci est dilaté par le speculum, éclaire ses parties les plus profondes.

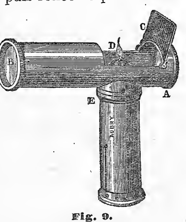


Fig. 9.
Lampe de Bonafont.

Bonnafont a simplifié cet instrument en faisant construire un petit appareil qui se plie dans un étui très portatif. *(Fig. 9)*.

Il se compose de deux tubes cylindriques perpendiculaires l'un sur l'autre : l'un contient une lampe, l'autre percé d'un trou à ce niveau porte à chacune de ses extrêmités deux lentil-

les. Le tube contenant la lampe est vissé sur l'autre et peut être ramassé dans le tube horizontal en ôtant la lentille qui glisse à frottement à une extrémité.

Tous les appareils précédents se tiennent à la main. La plupart d'entre eux sont lourds et compliqués; aussi, chercha-t-on à les remplacer plus avantageusement.

En 1841, le docteur Hoffmann, de Burgsteinfurt (en Westphalie), conseilla l'emploi d'une glace à barbe percée d'un trou. Les rayons du jour ou d'une lampe étaient ainsi réfléchis dans l'oreille du patient.

Troeltsch, en 1855, fit construire un miroir concave percé à son centre d'un orifice pupillaire comme le miroir ophthalmoscopique, mais offrant de plus grandes dimensions et un foyer plus court. Son miroir a de 0,07 à 0,08 cent. de diamètre et de 0,12 à 0,15 de foyer.

Troeltsch préfère les réflecteurs de verre étamés avec une feuille d'argent. Il projette les rayons lumineux dans le conduit en tenant le miroir à la main. *(Fig. 10).*



Fig. 10.
Miroir de Troeltsch.

M. Miot emploie aussi un miroir, mais celui-ci n'est pas percé; de plus, son foyer est de 0,12 cent. et son diamètre de 0,06 cent. M. Miot fait usage de la lumière artificielle.

Il est des cas où le chirurgien a besoin d'avoir les mains libres. C'est pourquoi Troeltsch a fait fixer son miroir soit sur un bandeau frontal, soit sur une monture de lunettes au moyen d'une articulation en coquille. C'est ce qu'avait déjà fait *Semeleder* pour son miroir laryngoscopique. M. Pomeroy fait usage de ce mode d'examen.

C'est aussi cet appareil qu'emploie M. Duplay pour l'examen des oreilles. Comme on le voit dans la fig. 11, son miroir peut se fixer soit sur un manche, soit sur la monture de lunettes.

D'autres spécialistes, comme Brims et M. Delstanche tiennent le miroir entre les dents. Ainsi, M. Delstanche emploie un miroir de Troeltsch qui, grâce à l'entremise d'une articulation, peut être tourné dans toutes les directions sans que

la tige qui lui sert de support participe à ses mouvements. Une planchette en bois d'ébène ou en corne se détachant

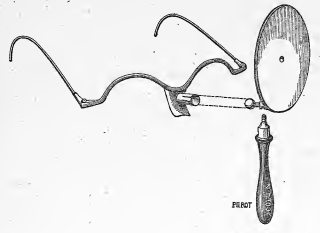


Fig. 11.
Miroir frontal de Duplay.

à angle droit de la tige, permet au praticien de soutenir l'appareil avec les dents.

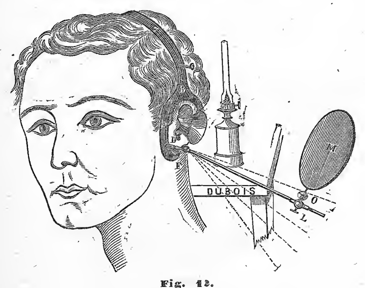


Fig. 12.
Appareil Jacquemart.

Au lieu de fixer le miroir sur le front du médecin, MM. Loewenberg, Miot, Jacquemart ont adapté le miroir à un bandeau porté par le malade. Comme ces appareils se res-

semblent à peu de choses près, je ne décrirai que l'un d'eux : celui de M. Jacquemart.

Ce praticien prend un ressort en acier A assez résistant et recourbé. Ce ressort, d'une largeur de un centimètre, est d'une longueur suffisante pour être appliqué à cheval sur la tête du malade d'une oreille à l'autre. Il dispose l'une des extrémités B en fer à cheval de façon à comprendre l'oreille entre ses branches. L'une des branches C est elle-même un peu prolongée et contournée inférieurement de façon à revenir sous le lobule D. A l'extrémité de cette branche est soudé un appendice F conformé en genouillère, sur lequel s'adapte une tige. Sur cette tige est monté un curseur qui supporte sur une autre genouillère O un miroir réflecteur M.

Le ressort est garni et coussiné de façon qu'il ne blesse en aucun point la personne qui le supporte. Grâce aux deux genouillères situées en O et F le miroir peut exécuter toutes sortes de mouvements et recevoir les rayons lumineux de quelque point que ce soit, afin de les diriger vers le conduit auditif dans lequel on introduit un spéculum plein.

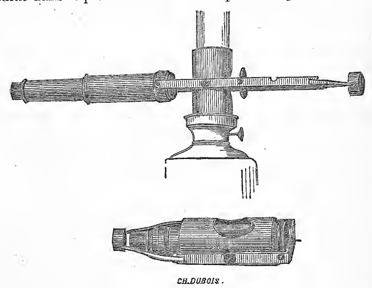


Fig. 13.

Laryngoscope du Dr Cadier.

Parmi les divers appareils employés pour l'examen du tympan, il faut encore citer l'appareil dont le docteur Cadier se sert pour l'exploration du larynx.

La partie qui forme l'appareil éclairant est relié par une tige de cuivre en équilibre sur les tourillons, ce qui permet, au moyen d'une vis de pression, d'immobiliser la projection lumineuse dans la direction voulue. Le tube de cuivre renferme deux lentilles destinées à concentrer les rayons lumineux réfléchis par le réflecteur. La lentille située auprès de l'orifice est plan-convexe et sa surface regarde le foyer lumineux. La lentille située à l'autre extrémité du tube est biconvexe et d'un diamètre beaucoup plus petit que la première.

Il faut encore mentionner la lumière de Drummond et le polyscope de Trouvé, dont on s'est servi quelquefois ; mais ce dernier appareil a l'inconvénient de rougir considérablement les parties que l'on veut explorer, de sorte qu'il est préférable de ne pas avoir recours à cet instrument.

Quand nous examinons l'oreille nous donnons la préférence au miroir de Troeltsch, que nous éclairons avec la lumière diffuse, si c'est possible, autrement avec une lampe à pétrole, qui donne une lumière blanche. Mais, pour les pansements et les opérations, nous préférons les otoscopes que nous allons décrire maintenant.

Otoscopes.

On donne le nom d'*otoscope* à un instrument formé par la réunion d'un speculum et d'un miroir. Ces deux instruments,

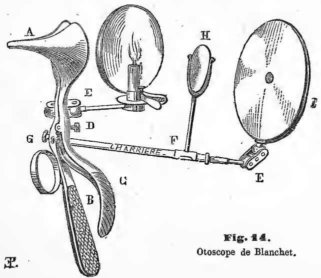


Fig. 14.
Otoscope de Blanchet.

en effet, sont indispensables pour permettre l'examen de l'oreille.

Il existe divers modèles d'otoscopes : les uns consistent en un miroir monté soit sur un speculum bivalve (otos. de Blanchet et de Miot), soit sur un speculum plein (otos. de Blake et de Jacquemart); les autres offrent une disposition toute spéciale, qui n'a aucun rapport avec les précédents, ils sont construits d'après le principe de l'appareil de M. Bonnafont (ot. de Brunton).

Otoscope de Blanchet. — Blanchet adapta perpendiculairement à une des branches de son speculum une tige dans laquelle glissait à frottement une deuxième tige supportant à son extrémité libre un miroir avec lequel il s'articulait par une genouillère. De cette même branche partait un support destiné à soutenir une bougie derrière laquelle était placé un réflecteur *(Fig. 14)*.

Otoscope de Miot. — M. Miot a modifié le speculum de Blanchet, comme nous l'avons vu plus haut, c'est-à-dire qu'au lieu d'avoir mis les branches perpendiculaires aux valves, il les a recourbées de manière que la joue ne gênât plus la main qui tenait l'instrument.

Comme Blanchet, il a adapté à son speculum un miroir concave, articulé avec une genouillère portée par une tige d'une seule pièce qui passe dans une ouverture pratiquée sur une des branches où une vis la maintient serrée. Mais il a supprimé la bougie du speculum Blanchet *(Fig. 15)*.

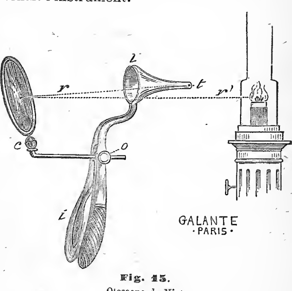


Fig. 15.
Otoscope de Miot.

De plus, M. Miot a imaginé une pince munie d'un miroir, pouvant être adaptée à tous les speculums pleins. *(Fig. 16)*.

Les branches de cette pince sont soudées à une de leur extrémité.

Elles s'entrecroisent ensuite et se terminent par deux arcs creusés d'une rainure. En appuyant sur la partie inférieure des branches, celles-ci s'écartent et viennent entourer le rebord du speculum par la concavité de leur arc.



Fig. 16.
Pince porte-speculum de Miot.

M. Miot a modifié cette pince; il a remplacé chaque arc par deux tiges formant un angle aigu, ce qui permet de l'adapter à toute sorte de speculums, car le speculum n'est en contact qu'avec deux points de chaque côté de la pince.

(*A suivre*) J. Baratoux.

CLINIQUE DU DOCTEUR E.-J. MOURE.

Paralysie isolée et complète de l'ary-aryténoïdien.

Par A. Ducau, chef de clinique.

« La paralysie d'un seul muscle laryngien ou d'un seul groupe de ces muscles est-elle possible ? » Telle est la question que se posait dernièrement M. le docteur Paul Koch (1)

(1) Annales des maladies de l'oreille, du larynx,etc. t. III, p. 336, Paris, 1881.

et, pour la résoudre, il citait plusieurs exemples bien faits pour convaincre de son existence. A l'inverse de cet auteur, et sans nous étendre en considérations et en preuves, nous nous demanderons pourquoi elle ne serait pas possible et pourquoi les muscles de l'organe vocal seraient à l'abri d'une affection qui frappe indifféremment les divers autres muscles de l'organisme. Néanmoins, si les paralysies complètes et *isolées* des muscles du larynx sont possibles, si elles existent, elles sont loin d'être communes, et celles de certains de ces muscles et entre autres de l'ary-aryténoïdien sont même fort rares. Pour nous en convaincre, il nous suffira de parcourir quelques traités spéciaux.

Parlant de la paralysie uni ou bilatérale des thyro-aryténoïdiens, le docteur Mandl (1) dit : « Cette paralysie n'a guère été constatée isolée, mais bien quelquefois combinée à celle des autres muscles. Il en est de même pour la paralysie des muscles ary-aryténoïdiens qui entraîne la *perte de la voix aiguë*, c'est-à-dire du registre supérieur. »

« Ce muscle (ary-aryténoïdien), dit Mackensie (2), est fréquemment atteint en même temps que les adducteurs latéraux et *quelquefois tout seul.* »

Le docteur Bosworth (3) n'est pas moins explicite. « A cause de la situation de la commissure aryténoïdienne et de la fréquence des affections catarrhales et des ulcérations dont elle est le siège, on pourrait supposer que la parésie ou paralysie de ce muscle est fréquente; Mais d'après le petit nombre d'observations connues, elle est extrêmement rare. Elle est due en général à une affection catarrhale ».

Tobold (4), Bruns (5), Isambert (6) sont absolument muets sur ce sujet.

Enfin, nous n'avons pu rassembler que quatre observations de cette nature et encore dans l'une d'elles, celle de Ziemssen (7), s'agit-il d'une paralysie incomplète.

(1) Mandl. Traité des maladies du larynx, Paris, 1872, p. 774.

(2) A manual of diseases of the Throat and nose. London, 1881.

(3) Bosworth, A manual of diseases of the Throat and nose. p. 340. New-York, 1881.

(4) Laryngosk. und Kelk. Krank. Berlin, 1874.

(5) Laryngosk. und die laryngosk. Chirurg- Tubingen, 1873.

(6) Conférences cliniques sur les maladies du larynx. Paris, 1877.

(7) Cité par Eug. et J Bœkel in Nouv. Dict. de Méd. et Chir. de Jaccoud, Art. Larynx, p. 281.

Nous la trouvons mentionnée dans le *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie* de Jaccoud :

Obs. I. — « Ziemssen, disent-ils, rapporte une observation de paralysie incomplète du muscle aryténoïdien transverse due à une affection hystérique : elle était caractérisée par une juxtaposition incomplète des cartilages aryténoïdes pendant la phonation ». C'est donc plutôt une simple parésie.

Le deuxième cas nous est fourni par le docteur G. Poyet dans son travail inaugural (1) :

OBSERVATION II

Défaut d'action musculaire de l'ary-aryténoïdien ; défaut de rapprochement des cordes inférieures à leur partie postérieure.

Le 26 août 1872, nous examinons au laryngoscope Mlle P. Eh..., âgée de neuf ans et demi. Cette enfant, bien constituée, blonde, lymphatique, dans de bonnes conditions hygiéniques, n'a eu comme maladie d'enfance, que la rougeole. Depuis le moment de sa naissance, elle a la voix rauque et dure, mais seulement lorsqu'elle fait entendre des sons à voix ordinaire : lorsqu'au contraire elle veut crier, elle ne fait plus entendre aucun son, ce qui étonnait toujours les parents, avant que l'enfant parlât.

Aujourd'hui la voix parlée est rauque, ainsi que nous le disions plus haut, et le cri toujours impossible. Lorsque l'enfant veut appeler quelqu'un, l'on n'entend plus qu'un sifflement.

La petite malade ne souffre aucunement, elle ne tousse pas, la respiration se fait avec facilité, car l'épiglotte est très relevée, ce qui est très rare chez les enfants.

La coloration de tout le larynx est normale; les cordes se meuvent avec facilité et se rapprochent très bien dans les deux tiers antérieurs.

Le tiers postérieur au contraire (glotte inter-cartilagineuse), reste béant malgré les efforts de phonation, ainsi que cela se passe lorsqu'une tumeur existe dans l'espace inter-aryténoïdien.

Chez la petite malade, cet espace est parfaitement libre. Il n'y a, selon nous, qu'une seule façon d'expliquer ce défaut de rapprochement des cordes, c'est le manque d'action de l'ary-aryténoïdien qui fait subir aux deux aryténoïdes, un déplacement de totalité sur la surface articulaire cricoïdienne, mouvement de glissement qui tend à mettre en rapport les deux faces internes des deux cartilages, et par conséquent leurs apophyses antérieures où s'insèrent les cordes vocales inférieures.

(1) Poyet. Des paralysies du larynx. Paris, 1877. Obs. 5 ; p. 45.

Le docteur G. Poyet ajoute : « Il n'y a dans ce cas aucun traitement à prescrire et nous recommandons à la mère de l'enfant de lui faire faire de la gymnastique vocale en la faisant solfier sur les différentes voyelles. »

Nous verrons par la suite de cette note, que le meilleur traitement à employer en pareil cas est l'électrisation externe ou mieux encore l'électrisation directe qui n'offre guère plus de difficultés. Il est infiniment probable que l'on aurait vu, sous son influence, disparaître rapidement ce défaut d'action musculaire qui a peut-être persisté pendant des années et pouvait ainsi devenir incurable, comme dans l'observation suivante rapportée par le docteur Morell-Mackenzie (1).

OBSERVATION III

Défaut de rapprochement des cordes vocales dans leur quart postérieur.

« E. H..., âgée de trente-sept ans, fileuse, vint me consulter à l'Hôpital des maladies de la gorge, au mois d'août 1867. La malade me fut envoyée par le docteur Hall, de Brighton, qui l'avait traitée quelques années auparavant pour une affection utérine. Elle était très faible, mais ne présentait aucune lésion organique.

» A l'examen laryngoscopique et pendant la phonation, les cordes vocales se mettaient en contact dans leurs trois quarts antérieurs, mais elles restaient manifestement séparées dans leur quart postérieur, laissant une ouverture triangulaire. J'employais les toniques, les anti-spasmodiques et l'électrisation laryngienne sans obtenir de résultat. Les secousses électriques les plus énergiques ne parvinrent pas à faire sortir le moindre son. La malade fut chloroformisée, mais lorsqu'elle revint à elle, elle ne put émettre aucun son. Elle est restée en observation pendant ces douze dernières années, mais jamais il n'a été possible de lui rendre la voix. »

Le quatrième cas, dû à E. Nicolas Duranty, est rapporté par le docteur Eugène Martel (2).

OBSERVATION IV

Paralysie isolée de l'ary-aryténoïdien.

La sœur X..., âgée de vingt-trois ans, toussait depuis trois mois environ : la respiration était obscure aux sommets des

(1) Loc. cit., p. 472.

(2) *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, t. V, p. 20, Obs. VIII.

poumons ; la sonorité était diminuée sous les clavicules, et il y avait lieu de penser à l'existence de tubercules. D'un autre côté, la voix était réduite à un simple chuchotement.

L'examen laryngoscopique nous montra que la glotte, largement ouverte, était hypérémiée. En engageant la malade à pousser tantôt la voyelle *a*, tantôt la voyelle *e*, on constatait quelques légers mouvements dans les cordes vocales qui tendaient à se rapprocher de la ligne médiane. Malgré tous les efforts de la malade pour prononcer les voyelles sur un ton élevé, les cordes vocales qui se mouvaient, restaient toujours éloignées surtout vers leurs insertions aryténoïdiennes.

Le muscle aryténoïdien était donc paralysé. Sous l'influence de quelques cautérisations, l'hypérémie disparut, mais la paralysie demeura intacte. J'allais employer l'électrisation directe, lorsque cette jeune fille fut rappelée dans sa famille.

A ces quatre faits, qui montrent la rareté de l'affection, nous en ajouterons un cinquième, que nous avons eu récemment l'occasion d'observer.

OBSERVATION V *(inédite)*.

Paralysie isolée et complète de l'ary-aryténoïdien. Électrisation directe. — Guérison.

Mlle B..., âgée de trente-cinq ans, cigarettière, se présente, le 11 février 1881, à la clinique du docteur E.-J. Moure.

Toujours bien réglée depuis l'âge de quinze ans, elle n'offre rien à signaler du côté des antécédents soit héréditaires, soit morbides.

Mais depuis plusieurs années, elle est sujette aux maux de gorge; toutefois sa voix est rarement altérée. Il y a deux ans, à la suite de la même affection, sa voix devint rauque et resta dans cet état pendant deux mois. L'année suivante, nous voyons les mêmes phénomènes se reproduire à peu près identiques; puis tout disparaît graduellement.

Le 11 janvier 1881, Mlle B..., est atteinte à nouveau; sa voix, devenue peu à peu rauque, a fini par s'éteindre complètement.

Quand elle vient à nous, un mois après, elle paraît un peu anémiée; ses digestions se font bien, sans que pour cela son appétit soit excellent.

Les poumons sont en bon état, mais elle a une toux sèche, un peu quinteuse et aphone. Elle n'éprouve aucune sensation du côté de la gorge.

La voix est complètement éteinte et la malade ne peut produire aucun son. Le miroir laryngien, très mal supporté au

début, nous permet de saisir la cause de cette aphonie. En effet la commissure postérieure assez facile à voir, bien que l'épiglotte soit très abaissée, ne s'efface pas pendant la phonation ; et quand la malade fait un effort pour contracter ses muscles laryngiens, on voit les aryténoïdes se gonfler mais rester immobiles, ce qui pouvait faire croire d'abord à un œdème de cette région. Par intervalle, l'épiglotte se relève d'une façon assez complète pour laisser apercevoir les cordes vocales et permettre de constater un défaut de rapprochement de leur tiers postérieur, tandis qu'elles sont exactement juxtaposées dans les deux tiers antérieurs, pendant la phonation. Elles contribuent ainsi à former, pendant l'effort, un triangle isocèle ayant pour base la région inter-aryténoïdienne, et dont le sommet répond à l'union du tiers postérieur des cordes avec les deux tiers antérieurs.

Le reste de l'organe a son aspect normal.

M. Moure porte le diagnostic de paralysie isolée de l'ary-aryténoïdien et institue comme traitement général : les toniques et les anti-spasmodiques; comme traitement local, l'électrisation.

A deux reprises différentes, le 11 et le 15 février, on pratique l'électrisation externe qui reste sans effet.

Le 18, l'excitateur est porté jusque dans le larynx et presque aussitôt la voix redevient rauque. Une deuxième application est faite le 22, et cette dernière suffit pour rendre à la voix son timbre normal.

Huit jours après sa guérison, la malade est encore soumise à notre examen et nous constatons que le rapprochement des cordes se fait exactement dans toute leur étendue : la malade se laisse cette fois examiner très facilement et supporte fort bien le miroir, n'ayant aucun effort à faire pour produire le son demandé.

B... nous apprend que, pendant les deux ou trois jours qui ont suivi l'électrisation directe, elle a ressenti comme une sorte de constriction à la gorge.

Qu'elle a été et qu'elle est en général la cause de ces paralysies isolées? Le problème nous paraît assez difficile à résoudre d'une manière définitive. Nous ne saurions songer à une lésion des nerfs due soit à une compression par des tumeurs diverses, soit à une altération des fibres nerveuses elles-mêmes, la localisation de la lésion à un seul muscle nous permettant d'écarter cette idée.

Avec la plupart des auteurs nous serions porté à accuser les affections inflammatoires de la muqueuse laryngienne et en particulier la laryngite catarrhale, nous rangeant ainsi à

l'opinion de M. Solis Cohen (1) qui dit : « Cette paralysie est plus fréquente dans la laryngite catarrhale aiguë, mais elle peut survenir pendant l'hystérie. » Mais nous savons aussi, comme le fait remarquer le docteur Bosworth (2), que cette région est fréquemment le siège d'altérations graves (ulcérations, œdème, etc.) qui ne troublent en rien l'action musculaire. De plus, c'est presque toujours chez des sujets bien portants et exempts de toute diathèse que l'on a constaté cette affection.

Un fait digne de remarque est que l'affection a toujours été observée chez des femmes ; or, tous les praticiens savent jusqu'à quel point l'hystérie est fréquente chez les femmes, et combien sont communes chez elles les paralysies laryngiennes d'origine nerveuse. Nous savons que ces dernières sont en général bilatérales et atteignent plutôt un groupe de muscles (les constricteurs en général), qu'un seul muscle isolé ; mais ne connait-on pas les bizarreries de cette névrose, véritable Protée qui sans cesse renaît, sous des formes toujours nouvelles.

Quelques malades étaient il est vrai atteintes de laryngite catarrhale, mais nous sommes tout-disposé à croire que cette affection concomitante n'était qu'une occasion fournie à un facteur plus important, à l'hystérie, de se manifester en ce point de l'organisme.

Chez toutes les malades, en effet, la laryngite était déjà guérie depuis longtemps et l'aphonie persistait. Or, il y a tout lieu de penser que, si la paralysie eût été la conséquence du catarrhe laryngien, elle aurait disparu avec ce dernier. Nous sommes donc persuadé que l'hystérie joue le rôle principal dans la production de cette maladie, et que c'est aux moyens employés contre cette névrose que l'on devra demander la guérison de ces paralysies.

C'est aussi l'opinion du docteur Poyet (3) : « En résumé, dit-il, les paralysies hystériques portent le plus souvent sur les crico-aryténoïdiens latéraux et sur l'ary-aryténoïdien ».

De son côté, le docteur Gerhardt de Wurtzbourg (4), écrit : « Malgré le caractère changeant de ces paralysies, on peut

(1) Diseases of the Throat and nasal Passages. New-York, 1879 (p. 652).
(2) (Loc. cit.).
(3) Loc. cit. p. 19.
(4) Revue des sciences médicales. t. XIII, p. 710.

s'assurer au moyen du laryngoscope qu'elles portent de préférence sur certains muscles ou groupes de muscles.

« Ceux qu'on a trouvés pris le plus souvent sont par ordre de fréquence, l'aryténoïdien transverse le thyro-aryténoïdien et le crico-aryténoïdien latéral. La paralysie unilatérale est relativement rare ; elle siége alors à gauche. »

Mais quant à expliquer comment agit cette cause, nous ne l'essayerons pas. Faut-il regarder ces cas comme de véritables paralysies psychiques, ou bien les rattacher à « une véritable déchéance de l'innervation cérébrale ? » — c'est peu probable, vu la localisation de la paralysie à un seul muscle ; ou encore admettre avec Valérius (1) que « les causes de ces paralysies résident dans les muscles eux-mêmes dont la polarité électrique serait affaiblie ? »

La question est posée, nous laissons à d'autres le soin de la résoudre, nous bornant simplement à enregistrer les faits.

Les symptômes de cette paralysie isolée sont de trois ordres : généraux, fonctionnels, et objectifs ou laryngoscopiques.

a. — L'hystérie étant la cause habituelle de la paralysie que nous étudions, les *symptômes généraux* ne sont autres que ceux de cette névrose ; nous n'aurons pas à nous en occuper ici.

b. — Les *troubles fonctionnels* ne nous paraissent pas avoir été fidèlement exprimés et méritent par cela même de fixer notre attention.

Tous les auteurs, s'accordent à dire que dans la paralysie isolée de l'aryténoïdien, la voix parlée est rauque, chuchotée, plus ou moins aphone, qu'elle perd le *registre supérieur* (Mandl) (1), que le cri est impossible, semblable à un sifflement (Poyet) (2) ; et Mackenzie seul (3), dit avoir observé une aphonie complète. Si l'on veut bien se reporter à notre observation, on verra jusqu'à quel point ces signes sont exacts. Notre malade, il est vrai, a eu à de nombreuses reprises la voix atteinte de raucité ; cette année même, avant d'arriver à l'aphonie complète, sa voix a commencé par être rauque. Mais est-ce bien là le fait de la paralysie ? Chez cette femme,

(1) Cité par Poyet. *Loc. cit.*, p. 2.
(2) *Loc. cit.*
(3) *Loc. cit.*
(4) *Obs.* III, p. 6.

vouée depuis des années aux enrouements, cette raucité n'est-elle pas plutôt l'effet du catarrhe laryngien ? Cette hypothèse nous semblerait probable attendu que l'expectoration tarie, la raucité cesse il est vrai, mais la voix reste *absolument éteinte*. La raucité ou la perte du registre supérieur ne sauraient donc caractériser *la paralysie complète* de l'ary-aryténoïdien ; lorsque ce dernier muscle est entièrement paralysé, comme dans les observations III et V, la faculté de parler à haute voix est abolie, et le malade devient aphone, comme il le serait dans la paralysie des constricteurs. Pendant la phonation, le triangle glottique constamment ouvert au niveau de la glotte inter-cartilagineuse, suffit pour abolir la voix parlée et la réduire à un simple chuchottement.

Ainsi donc, voix complètement aphone, toux étouffée, absence de douleur et même de tout sentiment de gêne à la gorge, tels sont les troubles fonctionnels qui caractérisent cette affection.

c. — Symptômes objectifs. — Cependant, on ne serait pas autorisé à porter le diagnostic de paralysie d'après ces symptômes eux-mêmes, s'ils n'étaient appuyés sur les données qui nous sont révélées par le laryngoscope. Ce dernier nous permet, en effet, de constater *de visu* que pendant l'effort de la phonation, la glotte inter-aryténoïdienne ne peut se fermer, tandis que la glotte inter-ligamenteuse est réduite à une ligne de contact. Le fait capital c'est donc l'écartement des cordes vocales dans leur tiers ou le quart postérieur, suivant le degré de la paralysie ; c'est l'état béant de la glotte inter-cartilagineuse, qui contribue ainsi à former un triangle isocèle ayant pour base la commissure postérieure et dont le sommet répond à l'union du tiers ou du quart postérieur des cordes, avec les deux tiers ou les trois quarts antérieurs, ainsi qu'il arrive dans le cas de tumeurs occupant l'espace inter-aryténoïdien.

Diagnostic. — Nous ne croyons pas que dans aucun cas l'on puisse confondre cette paralysie avec quelques affections de la région aryténoïdienne et en particulier avec les tumeurs et divers autres états pathologiques.

Lorsque la région aryténoïdienne est le siège d'une tumeur, la glotte inter-cartilagineuse ne se ferme pas pendant l'effort, mais il est bon de remarquer aussi que, dans ce cas,

il existe un léger écartement des rubans vocaux dans toute leur étendue ; ceux-ci n'arrivent plus exactement au contact. (Nous en avons en ce moment un exemple à la clinique du docteur Moure, chez un malade porteur de petits polypes fibreux à la commissure postérieure) ; d'ailleurs, l'examen laryngoscopique aurait bientôt levé le moindre doute, en dévoilant la présence d'une tumeur, ou d'autres lésions, arthrite et périchondrite, œdème des aryténoïdes et de la muqueuse des cartilages de Wrisberg et de Santorini.

Grâce à un examen suffisamment prolongé, on ne prendra pas davantage pour un état morbide le gonflement des aryténoïdes que nous avons signalé dans l'observation V, et qui était le résultat de l'effort fait par la malade pour contracter ses muscles laryngiens.

La dégénérescence graisseuse isolée de l'ary-aryténoïdien nous semble tout au moins problématique. Pourquoi frapperait-elle ce muscle à l'exclusion des autres et tandis qu'il n'y a pas atrophie musculaire progressive générale.

D'ailleurs l'action d'un muscle dégénéré ne s'épuise qu'à mesure qu'il perd de ses fibres ; tant qu'il en existe il se contracte et lorsqu'elles ont toutes disparu, le muscle est absolument rebelle à l'électricité.

« La possibilité d'une ankylose double (1), par suite de périchondrite, bien que rare, ne peut cependant être exclue de prime-abord, vu l'immobilité, dans ce cas, des cartilages pendant la phonation. » L'expérience a appris que cette ankylose se rencontre très rarement des deux côtés en même temps, qu'elle n'est presque jamais primitive, qu'elle s'observe surtout dans la phthisie laryngée et la laryngite de la fièvre typhoïde, qu'elle est la suite habituelle d'une périchondrite déterminée elle-même par les ulcérations de la muqueuse qui gagnent en profondeur les cartilages aryténoïdes, puis, ceux de Wrisberg et de Santorini ; périchondrite, du reste facile à reconnaître à la dysphagie qu'elle détermine dans le deuxième temps de la déglutition, à la rougeur, à la chaleur, à la fluctuation et à la formation d'une fistule en cas de suppuration, et surtout au gonflement de la région.

Il nous est donc permis de conclure que la paralysie complète et isolée de l'ary-aryténoïdien, a sa symptomatologie

(1) **Annales des Maladies de l'Or. et du Larynx, t. III, p. 335, 1877. Paul Koch.**

propre, et qu'on ne saurait la confondre avec aucun des états morbides que nous venons de passer en revue.

Le pronostic varie avec la cause qui a donné naissance à la paralysie. Tantôt elle disparaît avec cette cause, tantôt elle guérit spontanément, fait assez commun pour les paralysies d'origine nerveuse qui se montrent avec autant de rapidité qu'elles en mettent à disparaître. D'autres fois, la maladie est des plus tenaces et la disparition de la cause et le traitement par l'électricité, restent impuissants à la déraciner. L'observation rapportée par Mackenzie nous en donne la preuve.

On a pu remarquer, au contraire, avec quelle rapidité la malade dont nous avons relaté l'observation (*obs.* V) a recouvré la voix, puisqu'il a suffi de la soumettre deux fois à l'électrisation directe pour voir sa maladie céder complètement.

Ceci nous amène à dire que l'on doit tout d'abord combattre la cause présumée de la paralysie à l'aide des toniques et des antispasmodiques; mais dès que le diagnostic de paralysie est porté, on aura tout avantage, croyons-nous, à recourir à l'électrisation et plus sûrement à l'*électrisation directe* qui donnera toujours d'excellents résultats.

A. Ducau.

Revue Bibliographique.

Contribution à l'étude des symptômes, du diagnostic et de la pathogénie de la maladie de Ménière. Quelques réflexions sur les rapports du mal de mer et de la maladie de Ménière. (Champeaux, *Th. de Paris, 1881*) (1).

Cette question a déjà été étudiée à diverses reprises, mais malgré cela, il existe encore beaucoup d'obscurité sur ce sujet. Aujourd'hui, on ne connaît pas encore bien les lésions anatomiques de cette maladie, quoique cependant on ait pu faire quelques autopsies.

M. Champeaux a pu suivre un malade pendant dix-huit mois pendant son embarquement sur le *Friedland*. Il a, de plus, observé un deuxième cas relatif à ce sujet, à l'hôpital de Brest, et c'est le résultat de ses recherches qu'il nous fait connaître dans sa thèse.

(1) Chez Rey, 14, rue Monsieur-le-Prince, Paris.

Après un historique assez complet, il aborde la question d'étiologie. Pour lui, la maladie de Ménière peut être primitive, traumatique ou secondaire. 1° Primitive, elle survient sans cause appréciable; on a noté un cas où les accès de vertige revenaient sous l'influence des règles; 2° Traumatique, à la suite d'une fracture du rocher ou par contre-coup, avec pénétration jusqu'au labyrinthe; 3° Secondaire, résultant d'une affection de l'oreille ou d'une maladie générale; ou encore consécutive à une affection des centres nerveux, particulièrement à une méningite.

Au point de vue des symptômes, l'auteur ne cite aucun point nouveau.

Nous citerons le résultat des cinq autopsies que rappelle M. Champeaux. Dans la première, due à Ménière, il y avait exsudation sanguine dans les canaux semi-circulaires; dans la deuxième, de Politzer, il y avait fissure des deux rochers, avec dépôt de sang et de pus dans le labyrinthe; dans la troisième, de Voltolini, même altération; dans la quatrième, de Gruber, hypérémie de la caisse du tympan et du labyrinthe; enfin, dans la cinquième, due à MM. Signol et Vulpian, on constata chez un coq une nécrose d'une grande portion du temporal droit, et on ne put trouver trace de causes semi-circulaires de ce côté.

L'auteur étudie le diagnostic avec soin : la maladie de Ménière peut être confondue :

1° Avec le vertige auriculaire simple; 2° avec la congestion cérébrale apoplectiforme; 3° avec le vertige épileptique; 4° avec le vertige stomacal; 5° avec les autres vertiges; 6° avec les maladies du cervelet. On lira ce chapitre avec intérêt dans le travail de l'auteur.

Dans le chapitre relatif au traitement, M. Champeaux s'étend surtout sur le sulfate de quinine qu'a préconisé M. Charcot.

En cherchant à étudier la pathogénie de cette maladie, l'auteur rappelle les résultats des expériences de Flourens, de Lœwenberg, de Cyon, de Brown-Sequard, de Vulpian.

M. Champeaux cherche à établir une certaine analogie entre le mal de mer et la maladie de Ménière. Dans les deux cas, il y a céphalalgie, bourdonnements, vertiges, nausées et vomissements. Mais les circonstances où elles se développent empêcheront toute confusion entre elles.

L'auteur termine sa monographie par quatre observations dont deux surtout sont remarquables, car, dans ces deux cas, les malades ont pu être suivis longuement.

Cette thèse est le résumé de nos connaissances actuelles sur la maladie de Ménière; aussi, sera-t-elle consultée avec fruit par ceux qui s'intéressent à cette question.

J. Baratoux.

De l'action thérapeutique des Eaux-Bonnes dans les affections de la Gorge, du Larynx, etc., par le docteur Cazenave de la Roche (1).

La plupart des travaux publiés dans ces vingt dernières années sur les propriétés médicales des Eaux-Bonnes, ont eu pour résultat final de concentrer en quelque sorte toute l'attention des praticiens sur la puissance médicatrice de ces eaux dans la phthisie pulmonaire; mais cette sorte, de spécialisation de la médication hydro-sulfureuse, tend peut-être à laisser dans l'ombre ou à amoindrir l'importance d'autres propriétés dont jouissent pourtant les Eaux-Bonnes, aussi l'auteur veut-il simplement rappeler ces propriétés, la plupart déjà connues.

Dans l'hypertrophie tonsillaire, presque toujours unie à la diathèse lymphatique ou strumeuse, ces eaux agissent en reconstituant l'ensemble de l'organisme et en facilitant la résolution locale.

Dans l'*angine granuleuse* que l'auteur attribue, d'une façon peut-être un peu trop exclusive, à la diathèse herpétique, et qu'il relie, avec moins de raison encore selon nous, à la tuberculose, appuyé sur l'autorité de M. Pidoux, les Eaux-Bonnes, administrées en boisson, bains, douches et gargarismes, déterminent d'abord une irritation substitutive (angine sulfureuse), qui est bientôt suivie de l'amélioration des symptômes observés. Néanmoins, il est rare qu'une seule saison suffise pour obtenir un résultat durable.

Avant de franchir le pharynx, dit l'auteur, il nous paraît intéressant de signaler à l'attention du praticien l'action détersive et cicatrisante des Eaux-Bonnes dans l'angine tuberculeuse. Mais nous devons avouer que les deux cas rapportés par l'auteur ne suffisent pas pour nous convaincre.

Viennent ensuite la *laryngite catarrhale chronique*, la *laryngite syphilitique* et la *laryngite tuberculeuse* ou phthisie laryngée. Les deux premières formes peuvent être et sont en effet améliorées par le traitement hydro-sulfureux; mais pour ce qui concerne la laryngite tuberculeuse, nous devons avouer que nous ne saurions partager l'opinion de l'auteur de cette intéressante brochure. Mettant d'abord en doute l'existence de la *phthisie laryngée primitive*, il dit n'avoir jamais rencontré cette lésion sans constater en même temps les signes rationnels ou sensibles de la phthisie pulmonaire; cependant, l'existence de cette maladie est aujourd'hui incontestable et universellement admise. De plus, si le traitement sulfureux, dirigé contre la tuberculose

(1) A. Delahaye et Lecrosnier, libraires-éditeurs. Paris 1881.

laryngée, a pu, dans certains cas, produire de bons effets, il faut bien avouer qu'il donne généralement un coup de fouet à l'affection et lui fait parcourir rapidement ses périodes.

L'auteur examine ensuite la *bronchite chronique* et l'*asthme*, que la médication des Eaux-Bonnes contribue puissamment à améliorer, et il termine cet aperçu par un parallèle climatologique entre les stations des Eaux-Bonnes, de Cauterets et du Mont-Dore.

Revue de la Presse

De l'atropine dans le traitement de l'inflammation aiguë de l'oreille moyenne, par le docteur Théobald. — En se basant sur les bons effets de l'atropine dans les maladies de l'œil, M. le docteur L. Théobald a essayé ce moyen dans les affections de l'oreille, et il a pu se convaincre qu'il a également dans ces cas de l'importance. Parfois, il a trouvé que l'atropine influençait favorablement les inflammations du conduit auditif externe ; cependant, il a remarqué l'effet le plus actif dans les inflammations aigues de l'oreille moyenne, accompagnées de violentes douleurs, spécialement chez les enfants; puis, dans le cas d'otite moyenne intense survenant après des exanthèmes fébriles.

L'auteur fait instiller dans l'oreille huit à dix gouttes d'une solution aqueuse (4 grammes pour 30, ou environ 0,1 : 10,0) et les y laisse dix à quinze minutes. Suivant les circonstances, l'instillation peut être répétée toutes les trois ou quatre heures. Lorsque le tympan était intact, il n'a jamais vu se produire d'effet général. Dans un cas où le tympan était perforé et où le moyen avait été employé plusieurs fois des deux côtés, il apparut une dilatation des pupilles chez une petite fille de trois à quatre ans. Cependant, l'auteur laisse indécise la question de savoir s'il n'y a pas eu de transport direct de la solution sur l'œil, au moyen des doigts de l'enfant. Le docteur Théobald a eu l'occasion de se convaincre de l'efficacité de l'atropine chez son propre enfant. (*Archives médicales belges*, décembre 1880 et *Bullet. génér. de thérapeut.*. 15 avril 1881).

Une malade qui avale sa langue (*Swalowing of the tongue*), par E. Fletcher Ingalls, médecin à Chicago. — Je vis d'abord Mme F., âgée de 28 ans, pendant une attaque d'hystérie qui ne céda qu'aux inhalations de chloroforme.

Cette malade souffre depuis neuf ans de dyspepsie, de maux de tête, de douleurs dans le dos, et autres symptômes d'irritation spinale.

Deux jours après son attaque convulsive, prenant un peu de soupe, elle eut des renvois gazeux et liquides venant de l'estomac et qui furent bientôt suivis d'un accès de suffocation qui dura quelque temps et faillit devenir mortel. J'arrivai quelques heures après.

Trois jours après, nouvel accès précédé d'éructations, le matin de ce même jour elle avait eu un petit accès non précédé d'éructations.

Je pensai d'abord à un spasme de la glotte, dû à l'introduction dans le larynx de matières rejetées par l'estomac, mais je ne constatai aucune sensation de constriction à la gorge, pas de corps étrangers, pas de toux ni de respiration striduleuse.

La malade se plaignait d'un gonflement considérable de la base de la langue et d'une difficulté pour la mouvoir, sensation qui précédait en général les accès de suffocation; de plus, elle disait qu'il lui semblait que sa langue se portait plus en arrière qu'elle ne peut aller normalement et que la pointe venait presser sur la voûte palatine en se pliant en arrière.

Après quelques efforts, la langue reprenait sa position naturelle et la respiration s'effectuait alors sans aucune gêne.

Après la description des symptômes éprouvés par la malade, connaissant les allusions à ces cas faites par M. le docteur Solis Cohen, dans son traité des maladies de la gorge, je fus alors fixé sur le diagnostic et donnai à la malade une paire de pinces, prévenant ses amis qu'en cas d'un nouvel accès il suffirait de tirer la langue de la malade au dehors, à moins que cette dernière ne pût obtenir le même résultat avec le doigt.

Il survint en effet le lendemain un accès que la malade calma en passant le doigt au-dessus de sa langue et en l'attirant au dehors. Ce fut la dernière attaque, la malade améliorée peu à peu de tous ses autres symptômes est aujourd'hui en voie de guérison (*Archiv. of laryngol.* New-York, avril 1881).

Hématome des replis ary-épiglottiques, par le docteur Otto. — Un fou s'étant fait une plaie à la gorge, dans un but de suicide, succomba subitement quelques heures après. A l'autopsie, le larynx et la base de la langue n'étaient point atteints, mais l'ouverture de la glotte était fermée par deux tumeurs d'aspect noirâtres, assez molles et à surface lisse. Ces deux tumeurs commençaient entre la langue et l'épiglotte, de chaque côté, se dirigeant en bas et en arrière, et devenant plus volumineuses et pyriformes, pour aboutir au-dessus et en arrière des cartilages aryténoïdes. La tumeur du côté droit était plus volumineuse que celle du côté gauche. Ces deux masses se touchaient sur la ligne médiane et laissaient à peine en avant, entre elles et l'épiglotte, une petite ouverture.

On ne put trouver aucune communication entre ces dernières et la plaie externe. L'auteur se pose à ce sujet quelques questions pratiques. Dans le cas où la maladie aurait été reconnue pendant la vie, quel aurait dû être le traitement, et il finit par conclure que l'on aurait dû employer le cathétérisme laryngien, car l'expérience démontre (les autres cas de cette nature sont rapportés dans cet article), que l'on n'a point le temps de pratiquer la trachéotomie, lorsqu'apparaissent les symptômes de la suffocation. (*Deust. Arch. fur Klin. Méd.* XXVII, p. 580. 1880, et *Arch. of laryng*. New-York, avril 1881).

Angines névralgiques, par le docteur Rousseau Saint-Philippe. — Vous êtes consulté pour un mal de gorge. A l'examen, vous découvrez un peu de rougeur diffuse, généralement prédominante d'un côté; pas ou peu de tuméfaction; aucun enduit sur la muqueuse; pas d'ulcération, pas d'engorgement ganglonnaire, parfois, une salivation gênante et surtout une douleur vive, cuisante, lancinante, avec battements profonds comme s'il se formait un abcès. Le malade n'a pas de fièvre, il mange et boit sans difficulté.

Fidèle aux prescriptions classiques, vous lui prescrivez les gargarismes les plus variés, la douleur persiste toujours. Si le malade sait s'observer il fera remarquer que son angine le laisse à peu près tranquille le matin, qu'elle commence à s'accentuer vers le milieu du jour et que le soir elle devient intolérable.

L'auteur émet l'opinion que cette angine, comme la névralgie orbitaire, peut succéder à une inflammation catarrhale diffuse. De plus, ayant encore observé le même fait dans l'angine herpétique, et bien que l'on n'ait pas encore rapporté d'exemples de zona circonscrit à la seule branche moyenne du trijumeau, M. Rousseau Saint-Philiope regarde le fait comme possible et hasarde timidement l'opinion admisepar M. Aug. Ollivier, que bon nombre d'angines herpétiques pourraient bien n'être qu'un zona de cette branche nerveuse. Le siége unilatéral, la durée, l'évolution, les crises névralgiques et la terminaison de ces angines semblent plaider en faveur de cette manière de voir.

La *nature névralgique* de l'angine est encore démontrée par le traitement. En effet, qu'il s'agisse de l'angine névralgique consécutive à la fièvre catarrhale ou de l'angine herpétique, il n'a jamais fallu plus de deux jours pour en triompher ou du moins atténuer sensiblement le mal.

Basant sa méthode sur la donnée physiologique que la quinine est éliminée par l'urine et la salive, environ une heure et demie ou deux heures après son administration, l'auteur a prescrit 40 à 50 centigrammes environ de sulfate de quinine à prendre deux heures avant la crise et a soutenu l'action de cette première dose

par une quantité plus faible, 20 à 25 centigr. administrée dans l'après-midi. (*Journ. de médecine de Bordeaux*, 20 mars 1881).

Depuis la communication de M. Rousseau Saint-Philippe, M. le docteur Huchard a publié sur ce même sujet quelques détails pratiques qui lui ont été évidemment inspirés par la lecture de l'article que nous venons de résumer.

Voici les conclusions de M. Huchard :

1° Désaccord entre l'intensité de la douleur et la légèreté de l'hyperémie et du gonflement ;

2° Subordination de l'hypérémie à la névralgie; celle-ci précédant celle-là et pouvant la suivre;

3° Caractère de la douleur;

4° Insuffisance du traitement par les gargarismes, bons effets des anti-névralgiques, du sulfate de quinine et les attouchements avec la glycérine morphinée. (*Journ. de méd. et de chirurg. prat.* avril, 1881).

Inflammation desquamative circonscrite du conduit auditif externe, par le docteur Wieil (de Stuttgard). — M. P., âgé de 56 ans, vient consulter le Dr Wieil pour des douleurs qu'il éprouve dans l'oreille gauche et la moitié de la tête, douleurs qui rendent le sommeil impossible, elles durent depuis huit semaines et ont augmenté depuis peu. Un séjour à l'hôpital n'a amené aucune amélioration, mais depuis qu'il en est sorti (il y a huit jours) son oreille coule un peu.

A l'examen, on constate des signes peu accentués de paralysie faciale à gauche. La lumière du conduit est rétrécie par un polype dur au toucher, qui a son insertion au-devant du tympan à la partie postéro-supérieure. Une fois ce dernier enlevé, le conduit auditif est rempli de pellicules épidermiques que l'on ne peut enlever avec une injection faite avec une petite seringue; mais après trois semaines, le conduit fut nettoyé avec la pince et des injections.

A ce moment, l'examen révélait au niveau de la partie antérieure un tympan sans triangle lumineux et en arrière une surface rougeâtre. La trompe est libre, ne donnant aucun signe de perforation, et le malade ne souffre plus, l'audition est meilleure.

L'auteur pense que l'irritation détermine une inflammation desquamative et que le polype est une lésion secondaire.

Les douleurs peuvent s'expliquer par la pression des matières accumulées derrière le polype, mais il est plus difficile d'indiquer la pathogénie de la paralysie faciale. (*Momatssch. fur Ohrenheilk*, avril 1881.).

Sur une forme rare de laryngostenose, par le docteur Heinze (de Leipzig). — Une femme de 51 ans, mère de 10 enfants

bien portants, ayant eu une affection syphilitique à 18 ans a été soignée pendant quinze jours et renvoyée comme guérie; depuis, elle n'a eu aucun accident, jusqu'en février 1879 où elle eut de la difficulté pour avaler et pour respirer.

L'examen de cette femme cachectique, ayant la voix nasonnée et la respiration bruyante, révéla un engorgement des ganglions cervicaux, une destruction des cornets. Le pilier gauche du voile du palais était deux fois plus large et situé au-dessous de son congénère. Le pilier droit est le siége de cicatrices qui l'attirent au milieu et à gauche. Il n'existe plus d'amygdales. Le pharynx est couvert de cicatrices et parmi ces dernières on voit encore des traînées rouges exulcérées allant de haut en bas du pharynx vers l'épiglotte et de la base de la langue vers la partie postérieure du larynx. Ces bandes de tissu cicatriciel rétrécissent le pharynx en infundibulum et laissent à peine une ouverture où l'on pourrait introduire le petit doigt, ouverture unique pour le larynx et l'œsophage. (*Méd. Wien. Press.* nº 44, 1880 et *Monatssch. fur ohrenh.* avril 1881).

Clinique du Dr E.-J. Moure

A dater du 1er mai 1881, la clinique du Dr E. J. Moure, pour le traitement des maladies du larynx, des oreilles et du nez, sera transférée cours de Tourny, nº 9.

Les consultations gratuites et les conférences cliniques auront lieu, comme par le passé, les mardi et vendredi, de 9 à 11 h. du matin.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Pharynx.

Edmund C. Wendt. — Trois cas de diphtérie traités par le chlorydrate de pilocarpine (New-York. *Méd. rec.*, 9 avril 1881).

Gulat. — Essai sur la paralysie dyphteritique du nerf pneumogastrique (*Thèse de Paris*, avril 1881).

Harrisson (Allen). — Observation d'abcès retro-pharyngien, chez l'adulte (*Archiv. of laryngol.*, New-York, janv. 1881, p. 46).

Hervier. — Tonsillotomie dans l'amygdalo-pharyngite diphtéritique (couenneuse) à l'état sporadique (*Lyon méd.* et *Paris méd.*, 24 mars 1881).

Oertel. — Du traitement de la diphtérie pharyngée (*Archiv. of laryngol.* New-York, janv. 1881, p. 37).

Quantin. — Sur le traitement local de l'angine diphtéritique au moyen des solutions médicamenteuses employées en pulvérisation (*Thèse de Lyon*, 1881).

Schmidt. — De la pharyngite latérale (*Deutsch, archiv. fur. Klin. méd. Bd. XXVI*, 3 et 4 sept. 1880 et *Nouv. Jour. méd.*, 5 mars 1881).

Thomas. — Contribution à l'étude de la diphtérie du pharynx et des voies respiratoires (*Thèse de Paris*, avril 1881).

Larynx.

Carl Seiler. — Sur un cas de papillome laryngien (*Arch. of laryng.* New-York, avril 1881, p. 121).

Chiari. — Deux cas de chorée laryngienne (*Monatssch. fur ohrenh.*, janv. 1881).

Clinton Mc. Scherry. — Des polypes du larynx (New-York. *Méd. rec.*, 12 mars 1881).

Galliard, interne des hôpitaux. — Laryngo-typhus pseudo-membraneux et ulcéreux (*Progrès méd.*, 9 avril 1881).

Lefferts (Georges). — Kyste de la corde vocale inférieure droite, aphonie partielle, ouverture spontanée (New-York. *Méd. rec.*, 12 mars 1881).

Gerster. — Canule-tampon pour la trachée (New-York. *Méd. rec.*, 19 mars 1881).

Gouguenheim. — Pathologie générale des laryngites (*France méd.*, 26 mars 1881).

Horatio Bigelow. — Sur un cas de laryngite pseudo-membraneuse, traité avec succès par le turbith minéral, l'aconit et les injections sous-cutanées de sulfate d'atropine (New-York. *Méd. rec.*, 26 mars 1881).

Langmaid (S.-M). — Traitement de certains vices de prononciation par l'application de la méthode orthophonique (*Arch. of laryng.* New-York, avril 1881, p. 137).

Morell-Mackensie. — Goître fibreux ayant déterminé une paralysie des deux nerfs récurrents, de l'aphonie et de la dysphagie (*Brit. méd. journ.*, 16 avril 1881, p. 595).

Prati Attilio et Tempesti. — Mort occasionnée par l'introduction d'un poisson vivant dans les voies aériennes, deux cas (*Révista de méd.*, 5 février 1881).

Roé (J.-O). — Fracture du larynx *arch. of. lar.*, N. Y. avr. 1881.

Rossbach. — Du traitement et de la guérison de la phthisie laryngée (*Monatssch. fur ohrenheilk.*, janvier 1881).

Solis Cohen. — Tuberculose primitive du larynx (*Arch. of laryngol.*, New-York, avril 1881, p. 103).

Schiffers. — Contribution à l'étude des maladies du larynx, syphilis laryngée compliquée de paralysie respiratoire aiguë (*Journ. de méd. de Bruxelles*, janv. et févr. 1881).

Whipham et Pick. — Extirpation du larynx dans un cas de tumeur singulière ayant débuté par la bande ventriculaire et la corde vocale gauche, ayant ensuite envahi tout le larynx (*Clinic soc. of London*, 25 mars 1881 ; *Brit. méd. journ.*, 9 avril 1881).

Oreilles.

Albert Buch. — Diagnostic et traitement des maladies de l'oreille (New-York, *Woods et C°*, 8 vol., p. 441).

Belugou (Jean). — Cathétérisme de la trompe d'Eustache. (Thèse Montpellier, 1881, n° 2).

Bertold. — De l'influence exercée par les troubles d'innervation de la caisse sur la vascularisation intra-tympanique, la sécrétion et la transsudation. (*Monatssch. fur ohrenh.* fév. 1881, n° 2).

Bourdel. — Fracture de la région postero-externe de la base du crâne, fracture de la paroi inférieure du conduit auditif externe, consécutives à une chute sur la nuque. (*Progrès méd.*, 26 mars 1881).

Burckner. — Des maladies de l'oreille chez les employés du chemin de fer (*Archiv. fur ohrenh.*, 25 février 1881, p. 8).

Gradle. — Traitement de l'otorrhée par l'acide borique (Chicago., *méd., Review* et New-York, *méd. Rec.*, 5 février 1881, p. 167).

Gellé. — Exploration de la sensibilité acoustique au moyen du diapason électrique (*Soc. de Biologie*, 19 mars et *Trib méd.* 27 mars 1881).

GOTTSTEIN (de Breslau). — Contribution à l'étude des affections de l'oreille se développant dans le cours des fièvres éruptives (*Arch. fur ohrenheilk*, 25 février 1881, p. 16).

JACOBI. — Œdème du larynx survenu dans le cours d'une albuminurie chronique (New-York, *Méd. rec.*, 2 avril 1881, p. 386).

JOHN ROOSA. — Des affections syphilitiques de l'oreille interne (*Monatssch. fur ohrenh.*, avril 1881).

M[lle] SKWORTZOFF. — De la cécité et de la surdité des mots sans l'aphasie (*Thèse de Paris*, 1881).

MÉGNIN. — Sur une affection épileptiforme et contagieuse, observée chez le chien, causée par un acarien du conduit auditif (*Gaz. méd. de Paris, n° 10*, 5 mars 1880).

OSKAR WOLF. — Des fonctions de la corde du tympan (*Zeitsch. fur ohrenh. IX Band., II Heft. et monatssch. fur ohrenh.*, avril 1881).

RAFAEL ARIZA (Conférence du D[r]). — De l'otoscopie (*La clinica de Malaga*, 31 mars 1881).

ROSSBACH et ASCHENBRANDT. — Contribution à l'étude de la physiologie, de la pathologie, de la sécrétion des voies respiratoires. (*Monatssch. fur ohr.*, avril 1881).

THOS R. POOLEY. — Périchondrite du pavillon de l'oreille (New-York. *Méd. rec.*, 19 mars 1881).

URBANTSCHITSCH. — Observations sur les affections centrales de l'oreille. (*Arch. fur ohrenh.* XVI, n° 3, S, 171 et 187, et *Monatssch. fur oh.* févr. 1881).

VOLTOLINI. — Des polypes de l'oreille et de leur traitement. (*Monatsschrift fur ohrenh.* Févr. 1881, n° 2).

WEIL DE STUGGARD. — Contribution à l'étude de l'étiologie des abcès retro-pharyngiens. (*Monatssch. fur ohr.*, avril 1881).

Nez.

BOSWORTH. — Sténose nasale (*Arch. of laryng.* New-York, avril 1881, p. 110).

DALY (W.-H). — Des polypes du nez (*Arch. of laryng.* New-York, avril 1881, p. 147).

GALLIARD, interne des hôpitaux. — Epistaxis répétés, cautérisations multiples au perchlorure de fer, mort. (Dépôt de fer sur l'arachnoïde du gyrus rectus droit (*Progrès méd.*, 2 avril 1881).

PIPINO (de Mexico). — Du galvano-cautère dans le catarrhe chronique du nez (New-York, *Méd. rec.*, 26 mars 1881 ; Saint-Louis, *Méd. and surg. journ.*, janv. 1881).

RANKIN. — Spéculum nasi et auris pouvant se maintenir seul en place (New-York, *Méd. rec.*, 19 mars 1881).

WILLIAM C. JARVIS. — Pathologie et traitement chirurgical du catarrhe chronique du nez (*Arch. of laryng.* New-York, avril 1881, p. 159).

Le propriétaire-gérant, D[r] E.-J. MOURE.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER, rue Cabirol, 16.